



DECLARACIÓN DE DERECHOS PARA VIUDA(O) BAJO EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN Y BENEFICIOS PARA TRABAJADORES

Recordatorio

Si está firmando con poder notarial, envíe una copia del poder si no lo ha hecho anteriormente. Para su protección, hacemos una comparación entre su firma y la firma de cheques que estén endosados a su nombre.

*

Para que los beneficios continúen sin interrupción, esta Declaración de Derechos tiene que ser completada, firmada, notarizada y regresada al departamento dentro de 30 días a partir de la fecha en que la recibió.

Escriba el nombre de la viuda(o) del fallecido(a) (use letra de molde)	Nombre del fallecido(a)
Dirección postal	Los hijos o dependientes viven conmigo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si NO, escriba los nombres y direcciones de los dependientes que no viven con usted.
Ciudad Estado Código postal	
¿Es la dirección residencial igual a la dirección postal?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si NO, escriba la dirección residencial	

Cualquier cambio en el estado actual de los niños dependientes que altere las circunstancias de dependencia tiene que ser reportado, tales como: fallecimiento, matrimonio o un cambio en la custodia. Si hubo algún cambio desde que sometió la última Declaración de Derechos, complete lo siguiente: Indique el nombre del dependiente, fecha del cambio y una explicación. **Su declaración podría cambiar sus beneficios mensuales. Si no reporta cambios en el estado actual de los dependientes, un nuevo matrimonio, o su encarcelamiento para continuar recibiendo beneficios a los que usted no tuviera derecho, podría resultar en cargos civiles o criminales.**

¿Existe algún cambio en su estado civil desde que usted completó la última Declaración de Derechos (fallecimiento del cónyuge, divorcio, matrimonio, etc.)?

Si No Si contestó Si, escriba la fecha y el cambio de estado civil.

Desde la última vez que sometió el formulario de Declaración de Derechos, ¿Ha sido culpable de un crimen y está cumpliendo una sentencia?

Si No Si contestó Si, ¿Cuándo? ¿Dónde?

Se Requiere Firma del Notario

Subscribed and sworn to before me this date (Fecha)
Notary public signature (Firma)
For the state of (En el estado de:)
Residing at (Dirección)
My commission expires (Fecha de vencimiento de la licencia)

Bajo pena de perjurio, yo hago constar que las declaraciones arriba mencionados son verdaderas. Si firma con una "X", por favor pídale a un testigo que escriba su nombre, luego haga su marca personal.

Nº de Seguro Social (Sólo para identificación)	Nº de teléfono ()
Fecha	Firma
<i>Si firma con una "X", escriba el nombre del testigo en esta casilla.</i>	